

桃红四物汤合五苓散加减联合中医整骨手法 治疗急性期神经根型颈椎病临床研究

张永明, 叶锋, 万蕾, 陈建良, 朱少兵, 李英周, 单堃宇, 徐浙宽

绍兴市上虞区中医医院骨伤科, 浙江 绍兴 312300

[摘要] 目的: 观察桃红四物汤合五苓散加减联合中医整骨手法治疗气滞血瘀型急性期神经根型颈椎病 (ACSR) 的临床疗效。方法: 选取2024年1—12月在绍兴市上虞区中医医院骨伤科康复治疗门诊治疗的70例气滞血瘀型ACSR患者, 按随机数字表法分成对照组与治疗组各35例。对照组给予中医整骨手法治疗, 治疗组在此基础上加用桃红四物汤合五苓散加减治疗, 2组均治疗3周。观察2组治疗前及治疗3周后中医证候积分、McGill疼痛问卷 [疼痛分级指数 (PRI)、视觉模拟评分法 (VAS)、现有疼痛强度 (PPI)] 评分、颈椎功能障碍指数 (NDI) 评分、血液流变学指标 (全血高切黏度、全血低切黏度、血细胞比容) 及炎症因子 [肿瘤坏死因子- α (TNF- α)、白细胞介素-1 β (IL-1 β)、白细胞介素-6 (IL-6)] 水平的变化, 评估2组的临床疗效, 观察治疗期间患者不良反应的发生情况。结果: 治疗3周后, 治疗组总有效率高于对照组 ($P < 0.05$)。2组颈部活动障碍、颈肩疼痛、颈部压痛、上肢麻木积分均较治疗前降低 ($P < 0.05$), 治疗组上述4项中医证候积分均低于对照组 ($P < 0.05$)。2组PPI、PRI、VAS、NDI评分均较治疗前降低 ($P < 0.05$), 治疗组上述4项评分均低于对照组 ($P < 0.05$)。2组全血高切黏度、全血低切黏度、血细胞比容值及血清TNF- α 、IL-6、IL-1 β 水平均较治疗前降低 ($P < 0.05$), 治疗组上述6项指标均低于对照组 ($P < 0.05$)。治疗期间, 2组均未发生明显不良反应。结论: 桃红四物汤合五苓散加减联合中医整骨手法治疗气滞血瘀型ACSR疗效确切, 可有效改善患者的颈椎功能、缓解疼痛, 且安全性良好, 其作用机制可能与改善血液流变学, 促进局部微循环, 以及减轻炎症反应有关。

[关键词] 急性期神经根型颈椎病; 气滞血瘀证; 桃红四物汤; 五苓散; 中医整骨手法; 颈椎功能; 血液流变学; 炎症因子

[中图分类号] R274.9 **[文献标志码]** A **[文章编号]** 0256-7415 (2026) 08-0035-07

DOI: 10.13457/j.cnki.jncm.2026.08.006

Clinical Study on Modified Taohong Siwu Decoction Plus Wuling Powder Combined with Traditional Chinese Medicine Bone-Setting Manipulation for Acute Cervical Spondylotic Radiculopathy

ZHANG Yongming, YE Feng, WAN Lei, CHEN Jianliang, ZHU Shaobing,
LI Yingzhou, SHAN Longyu, XU Zhekuan

Department of Orthopedics and Traumatology, Shaoxing Shangyu Hospital of Traditional Chinese Medicine, Shaoxing Zhejiang 312300, China

Abstract: Objective: To observe the clinical effect of modified Taohong Siwu Decoction plus Wuling Powder combined with traditional Chinese medicine (TCM) bone-setting manipulation in the treatment of acute cervical

[收稿日期] 2025-10-29
[修回日期] 2026-01-02
[基金项目] 浙江省中医药科技计划项目 (2024ZR190)
[作者简介] 张永明 (1990-), 男, 医学硕士, 主治中医师。
[通信作者] 叶锋 (1974-), 男, 主任医师。

spondylotic radiculopathy (ACSR) of qi stagnation and blood stasis type. **Methods:** A total of 70 patients with ACSR of qi stagnation and blood stasis type, treated in the rehabilitation outpatient clinic of the Department of Orthopedics and Traumatology, Shaoxing Shangyu Hospital of Traditional Chinese Medicine, from January to December 2024, were selected. They were randomly divided into a control group and a treatment group using the random number table method, with 35 cases in each group. The control group received TCM bone-setting manipulation, while the treatment group additionally received modified Taohong Siwu Decoction plus Wuling Powder. Both groups were treated for three weeks. Changes in TCM syndrome scores, scores of the McGill Pain Questionnaire [Pain Rating Index (PRI), Visual Analogue Scale (VAS), Present Pain Intensity (PPI)], Neck Disability Index (NDI) scores, hemorheological indices (whole blood high-shear viscosity, whole blood low-shear viscosity, hematocrit), and levels of inflammatory factors [tumor necrosis factor- α (TNF- α), interleukin-1 β (IL-1 β), interleukin-6 (IL-6)] were observed before and after three weeks of treatment. The clinical efficacy of the two groups was evaluated, and the incidence of adverse reactions during treatment was observed. **Results:** After three weeks of treatment, the total effective rate in the treatment group was higher than that in the control group ($P < 0.05$). Scores for neck movement disorder, neck-shoulder pain, neck tenderness, and upper limb numbness decreased in both groups compared with those before treatment ($P < 0.05$), and these four TCM syndrome scores in the treatment group were lower than those in the control group ($P < 0.05$). The scores of PPI, PRI, VAS, and NDI decreased in both groups compared with those before treatment ($P < 0.05$), and these four scores in the treatment group were lower than those in the control group ($P < 0.05$). The values of whole blood high-shear viscosity, whole blood low-shear viscosity, hematocrit, and serum levels of TNF- α , IL-6, and IL-1 β decreased in both groups compared with those before treatment ($P < 0.05$), and these six indices/levels in the treatment group were lower than those in the control group ($P < 0.05$). No significant adverse reactions occurred during the treatment period. **Conclusion:** Modified Taohong Siwu Decoction plus Wuling Powder combined with TCM bone-setting manipulation is effective in treating ACSR of qi stagnation and blood stasis type. It can effectively improve cervical function and relieve pain, and it demonstrates favorable safety. Its mechanism of action may be related to improving hemorheology, promoting local microcirculation, and reducing inflammation.

Keywords: Acute cervical spondylotic radiculopathy; Syndrome of qi stagnation and blood stasis; Taohong Siwu Decoction; Wuling Powder; Traditional Chinese medicine bone-setting manipulation; Cervical function; Hemorheology; Inflammatory factors

颈椎病是目前常见的一种退行性疾病,在所有颈椎病类型中,发病率占首位的是神经根型颈椎病(CSR),约60%^[1]。CSR是因颈部椎间盘突出,使神经根受到刺激或压迫,导致其支配区域出现不同程度的疼痛、麻木及感觉缺失等症状。其中急性期神经根型颈椎病(ACSR)多以剧烈的颈肩部疼痛伴上肢放射痛,以及颈部活动受限为特征,严重影响患者的日常生活。针对ACSR的治疗,临床常采取封闭疗法、口服止痛药等手段,虽有一定疗效,但病情易反复,容易引起焦虑、抑郁等不良情绪。

ACSR归属于中医学骨痹、经筋病等范畴^[2]。本

病病机主要在于,气血失和,气机阻滞,经络痹阻不通,不通则痛,或局部肌肉、关节失养,造成筋骨失衡,无法发挥“宗筋主束骨而利关节”功能。故在治疗ACSR时,从内调治改善气血失和、经脉不通、津液代谢障碍,再从外调节筋骨失衡状态,方可治病求本。桃红四物汤、五苓散合用有活血化瘀止痛、渗湿利水消肿之效,临床常用于治疗伤科疼痛及急性病症,取得了较好的临床疗效^[3-4]。而中医整骨手法可纠正颈椎错缝与小关节紊乱、调节力学平衡,改善局部血液循环,控制炎症进展,促进损伤组织修复,临床疗效显著^[5]。本研究观察桃红四物

汤合五苓散加减联合中医整骨手法治疗ACSR的临床疗效,结果报道如下。

1 临床资料

1.1 诊断标准 参考《颈椎病中西医结合诊疗专家共识》^[6]拟定ACSR的诊断标准。症见颈肩部及上肢刺痛,痛处固定,颈部僵硬伴活动受限,肢体麻木持续不缓解,疼痛症状持续,夜晚比白天严重等。X线或CT检查可见颈椎局部骨质增生,颈椎椎间关节失稳,动力位片可见双边征或双突征;MRI检查可见一侧或两侧神经根受压,与临床表现相符。

1.2 辨证标准 参考《中医病证诊断疗效标准》^[7]拟定颈椎病气滞血瘀证辨证标准。症见颈部活动障碍,颈肩部及上肢疼痛位置固定,压痛明显,伴上肢麻木或感觉减退,舌质暗,脉弦或涩。

1.3 纳入标准 符合诊断及辨证标准;年龄20~70岁,病程<2周;知情同意并自愿参与本研究。

1.4 排除标准 影像学检查发现椎管内占位;严重肝肾功能异常;无法耐受中医整骨手法,以及不能长时间内服中药。

1.5 剔除与脱落标准 不遵医嘱治疗;不依从本试验方案进行相关检查;主动退出本研究;临床资料不完整。

1.6 一般资料 选取2024年1—12月在绍兴市上虞区中医医院骨伤科康复门诊治疗的70例气滞血瘀型ACSR患者。按随机数字表法分成对照组与治疗组各35例。2组均按照试验方案进行治疗和随访,未出现剔除或脱落。对照组男13例,女22例;年龄23~68岁,平均 (44.17 ± 10.53) 岁;急性期平均持续时间 (8.76 ± 1.88) 天。治疗组男15例,女20例;年龄25~65岁,平均 (43.48 ± 10.39) 岁;急性期平均持续时间 (8.89 ± 1.91) 天。2组一般资料比较,差异均无统计学意义($P>0.05$),具有可比性。本研究经绍兴市上虞区中医医院医学伦理委员会审核批准(2023伦审第5号)。

2 治疗方法

2.1 对照组 参考王旭等^[8]使用的整骨手法,结合临床实践制定中医整骨手法治疗方案,由同一名骨伤康复师完成治疗。患者治疗前需行颈椎张口位、侧位及双斜位X线检查,评估颈椎关节间有无错位或移位及偏倚方向。手法操作:患者反向骑坐在高度适合的木质靠背椅上,双手抓握椅背。第一步:使患

者的头、颈、肩均处于中正位,骨伤康复师站立于患者身后,先用推、拿、揉、捏法放松两侧颈肩部肌肉,约3 min。第二步:骨伤康复师站立于患者一侧,一手固定患者枕部,另一手托住患者下颌,使患者头部贴近其胸前呈扶持状态固定。第三步:在第二步基础上,骨伤康复师按照颈椎影像,一手将患者的头颈部置于反向体位,寰齿间隙不对称者,嘱患者保持颈部旋转、目视前方并维持牵伸,另一手持枢椎棘突进行快速、小幅度的横向摆动,以松解矫正,摆动频率为每秒5次,约2 min;颈椎多序列的棘突排列不齐时,骨伤康复师先用一侧肘部扶持固定患者的下颌部,向患侧棘突偏斜侧旋转到最大限度,用对侧拇指指腹检查棘突偏斜位置,确定患椎位置后行拇指顶推棘突,在复位过程中听到响声后,再次行棘突触诊,若无明显层次感则表示复位成功。每周治疗1次,连续治疗3周。

2.2 治疗组 在中医整骨手法基础上给予桃红四物汤合五苓散加减治疗。处方:桃仁10 g,红花6 g,当归12 g,生地黄12 g,白芍12 g,川芎10 g,茯苓10 g,泽泻12 g,白术12 g,桂枝6 g,猪苓10 g。随症加减:颈项、背部疼痛明显者,加黄芪30 g,葛根30 g;疼痛导致夜间睡眠不佳者,加夜交藤15 g,合欢皮10 g。服药1周后复诊,根据患者复诊时的具体病情加减处方。每天1剂,均由绍兴市上虞区中医医院中药房代煎,每剂药浓煎2次取药汁300 mL,分2次口服,持续服药3周。

3 观察指标与统计学方法

3.1 观察指标 ①临床疗效。于治疗3周后评价。②中医证候积分。参考《中药新药临床研究指导原则(试行)》^[9],对颈部活动障碍、颈肩疼痛、颈部压痛、上肢麻木4项症状进行量化评估,无症状计0分,轻度计2分,中度计4分,重度计6分。于治疗前及治疗3周后评分。③McGill疼痛问卷评分。参考文献[10],用McGill疼痛问卷评估疼痛程度,包括疼痛分级指数(PRI)、视觉模拟评分法(VAS)和现有疼痛强度(PPI)。PRI:含情感项(4项)、感觉项(11项),无疼痛计0分,轻度疼痛计1分,中度疼痛计2分,重度疼痛计3分,总分0~45分。VAS:评分范围0~10分,无痛计0分,剧烈疼痛计10分;PPI:无疼痛计0分,轻度疼痛计1分,中度疼痛计2分,明显疼痛计3分,可怕的疼痛计4分,难以忍

受的疼痛计5分。于治疗前及治疗3周后评分。④颈椎功能。参考文献[11],采用颈椎功能障碍指数(NDI)评定颈椎功能,该量表含10个条目,涵盖颈项疼痛、伴随症状及日常活动能力影响等维度,单项计分0~5分,量表总分0~50分,分数越高提示颈椎功能障碍越严重。于治疗前及治疗3周后评定。⑤血液流变学。采用全自动血液黏度快测仪测定全血高切黏度、全血低切黏度及血细胞比容。于治疗前及治疗3周后检测。⑥炎症因子。采用免疫比浊法检测血清肿瘤坏死因子- α (TNF- α),采用酶联免疫吸附法检测血清白细胞介素-1 β (IL-1 β)、白细胞介素-6(IL-6)水平。于治疗前及治疗3周后检测。⑦安全性。观察并记录治疗期间不良反应的发生情况。

3.2 统计学方法 使用SPSS21.0统计学软件分析研究数据。符合正态分布的计量资料以均数 $\pm$ 标准差($\bar{x}\pm s$)表示,同组治疗前后比较采用配对样本 t 检验,组间比较采用独立样本 t 检验;计数资料以百分比(%)表示,行 χ^2 检验。以 $P<0.05$ 表示差异有统计学意义。

4 疗效标准与治疗结果

4.1 疗效标准 参考《中医病证诊断疗效标准》^[7]拟定疗效标准。显效:无疼痛,颈肩活动无受限,上肢功能灵活,日常工作不受影响;有效:疼痛缓解,颈肩活动轻度受限,上肢功能活动有所改善;无效:

疼痛、颈肩活动及上肢功能未见改善,影响日常生活。总有效率=(显效例数+有效例数)/总例数 $\times 100\%$ 。

4.2 2组临床疗效比较 见表1。治疗3周后,治疗组总有效率94.29%(33/35),高于对照组71.43%(25/35),差异有统计学意义($P<0.05$)。

表1 2组临床疗效比较					例(%)
组别	例数	显效	有效	无效	总有效
治疗组	35	22(62.86)	11(31.43)	2(5.71)	33(94.29)
对照组	35	13(37.14)	12(34.29)	10(28.57)	25(71.43)
χ^2 值					5.351
P 值					0.024

4.3 2组治疗前后中医证候积分比较 见表2。治疗前,2组颈部活动障碍、颈肩疼痛、颈部压痛、上肢麻木积分比较,差异均无统计学意义($P>0.05$)。治疗3周后,2组颈部活动障碍、颈肩疼痛、颈部压痛、上肢麻木积分均较治疗前降低,治疗组上述4项中医证候积分均低于对照组,差异均有统计学意义($P<0.05$)。

4.4 2组治疗前后McGill疼痛问卷评分及NDI评分比较 见表3。治疗前,2组PPI、PRI、VAS、NDI评分比较,差异均无统计学意义($P>0.05$)。治疗3周后,2组PPI、PRI、VAS、NDI评分均较治疗前降低,治疗组上述4项评分均低于对照组,差异均有统计学意义($P<0.05$)。

表2 2组治疗前后中医证候积分比较($\bar{x}\pm s$)										分
组别	例数	颈部活动障碍		颈肩疼痛		颈部压痛		上肢麻木		
		治疗前	治疗3周后	治疗前	治疗3周后	治疗前	治疗3周后	治疗前	治疗3周后	
治疗组	35	4.42 $\pm$ 1.31	0.82 $\pm$ 0.26 ^①	4.15 $\pm$ 1.11	1.02 $\pm$ 0.21 ^①	4.26 $\pm$ 0.14	0.71 $\pm$ 0.33 ^①	4.29 $\pm$ 0.96	0.73 $\pm$ 0.27 ^①	
对照组	35	4.85 $\pm$ 1.42	1.52 $\pm$ 0.36 ^①	4.01 $\pm$ 1.06	1.72 $\pm$ 0.51 ^①	4.12 $\pm$ 0.09	1.22 $\pm$ 0.49 ^①	4.21 $\pm$ 1.56	1.72 $\pm$ 0.39 ^①	
t 值		0.573	2.919	0.254	1.156	0.487	3.213	0.502	3.303	
P 值		0.716	0.005	0.766	0.027	0.609	0.006	0.621	0.006	

注:①与本组治疗前比较, $P<0.05$ 。

表3 2组治疗前后McGill疼痛问卷评分及NDI评分比较($\bar{x}\pm s$)										分
组别	例数	PPI评分		PRI评分		VAS评分		NDI评分		
		治疗前	治疗3周后	治疗前	治疗3周后	治疗前	治疗3周后	治疗前	治疗3周后	
治疗组	35	3.51 $\pm$ 0.47	1.01 $\pm$ 0.34 ^①	9.07 $\pm$ 1.88	3.55 $\pm$ 0.69 ^①	6.24 $\pm$ 1.09	1.77 $\pm$ 0.75 ^①	40.64 $\pm$ 5.29	17.78 $\pm$ 3.73 ^①	
对照组	35	3.39 $\pm$ 0.59	2.12 $\pm$ 0.44 ^①	10.01 $\pm$ 1.96	6.62 $\pm$ 1.12 ^①	6.31 $\pm$ 1.16	3.92 $\pm$ 0.89 ^①	39.87 $\pm$ 5.42	22.92 $\pm$ 3.90 ^①	
t 值		0.203	2.237	0.599	-4.145	0.377	-3.888	1.176	-9.342	
P 值		0.501	0.005	0.738	<0.001	0.632	<0.001	0.354	<0.001	

注:①与本组治疗前比较, $P<0.05$ 。

4.5 2组治疗前后血液流变学指标比较 见表4。治疗前,2组全血高切黏度、全血低切黏度及血细胞比容值比较,差异均无统计学意义($P>0.05$)。治疗3周后,2组全血高切黏度、全血低切黏度及血细胞比容值均较治疗前降低,治疗组上述3项指标均低于对照组,差异均有统计学意义($P<0.05$)。

4.6 2组治疗前后炎症因子比较 见表5。治疗前,2组血清TNF- α 、IL-6、IL-1 β 水平比较,差异均无统计学意义($P>0.05$)。治疗3周后,2组血清TNF- α 、IL-6、IL-1 β 水平均较治疗前降低,治疗组上述3项指标均低于对照组,差异均有统计学意义($P<0.05$)。

表4 2组治疗前后血液流变学指标比较($\bar{x}\pm s$)

mPa·s

组别	例数	全血高切黏度		全血低切黏度		血细胞比容	
		治疗前	治疗3周后	治疗前	治疗3周后	治疗前	治疗3周后
治疗组	35	7.46 $\pm$ 0.54	5.31 $\pm$ 0.33 ^①	11.15 $\pm$ 0.91	7.52 $\pm$ 0.64 ^①	46.29 $\pm$ 1.02	39.73 $\pm$ 0.97 ^①
对照组	35	7.39 $\pm$ 0.53	5.82 $\pm$ 0.41 ^①	11.01 $\pm$ 1.06	8.68 $\pm$ 0.72 ^①	46.71 $\pm$ 1.06	41.92 $\pm$ 1.09 ^①
<i>t</i> 值		0.264	1.079	0.142	3.831	1.376	-3.829
<i>P</i> 值		0.587	0.025	0.315	0.007	0.319	<0.001

注:①与本组治疗前比较, $P<0.05$ 。

表5 2组治疗前后炎症因子比较($\bar{x}\pm s$)

ng/L

组别	例数	TNF- α		IL-1 β		IL-6	
		治疗前	治疗3周后	治疗前	治疗3周后	治疗前	治疗3周后
治疗组	35	17.56 $\pm$ 3.54	5.24 $\pm$ 1.71 ^①	44.55 $\pm$ 6.71	15.72 $\pm$ 2.84 ^①	6.09 $\pm$ 1.32	1.13 $\pm$ 0.27 ^①
对照组	35	17.39 $\pm$ 3.43	9.82 $\pm$ 1.66 ^①	44.31 $\pm$ 6.16 ^①	27.68 $\pm$ 4.72 ^①	6.11 $\pm$ 1.26	2.42 $\pm$ 0.59 ^①
<i>t</i> 值		0.219	-4.785	1.128	-10.253	0.326	-4.641
<i>P</i> 值		0.487	<0.001	0.261	<0.001	0.546	<0.001

注:①与本组治疗前比较, $P<0.05$ 。

4.7 安全性 治疗期间,2组均未发生明显不良反应。

5 讨论

CSR常见于颈椎长期过度负荷与劳损,逐渐发生椎间盘突出、异常增生等病理状态,引起神经根、血管的异常压迫,导致颈椎相关功能状态发生改变^[12-13]。ACSR表现为剧烈的颈肩部疼痛伴上肢放射痛,以及颈部活动受限。有研究认为,CSR的发病机制主要包括神经根炎症刺激学说与机械压迫学说。神经根炎症刺激学说认为,CSR发生时,责任椎间隙神经根急性充血水肿,形成无菌性炎症因子风暴,致使炎症因子水平短时间内显著升高,引起局部炎症疼痛反应。机械压迫学说则认为颈椎关节突关节骨错缝的骨性压迫及椎间盘突出的软组织压迫,对神经根形成直接刺激,引起疼痛。以上2种学说并非单独存在,而是相互影响^[6,14]。临床治疗ACSR最常用的是非甾体类抗炎止痛药,虽可快速缓解疼痛,但停药后疼痛复发率高,单一治疗效果有限,且长

时间使用会出现胃肠道不适等不良反应,对患者的身心造成一定程度的负面影响。据文献报道,中药汤剂、中医整骨手法等中医药治疗措施,具有疗效显著、不良反应小、临床实施方便、患者易于接受等优势^[15-16]。

ACSR归属于中医学骨痹、阴痹、经筋病等范畴。其发病多因外伤劳损或外邪侵袭,引起气血运行不畅,不能濡养肌肉、筋骨,病机核心在于筋骨失衡,治疗的关键在于恢复筋骨平衡状态。中医整骨手法的核心要点为筋与骨,在筋则为放松肌肉的紧张度,松解筋与韧带的痉挛张力,改善局部肌肉的气血运行状态;在骨则为改善骨关节间的细微位移,扩大病变椎体间隙,缓解神经根的机械性压力,为消除神经根水肿提供先决条件。从气血理论出发,颈部气血失调,气滞血瘀,经脉不畅,津液不行,可使气滞血阻、瘀水互结。多项研究也表明,ACSR的发生多因机械性压迫或外源性刺激作用于颈部神经根,使局部血管的通透性发生变化,颈部神经组

织发生缺血,代谢受阻,致使神经根内发生水肿和液压升高,进一步压迫导致微循环障碍,引发炎症反应,出现支配区域疼痛及麻木^[17-18]。这种充血、水肿可归属于中医学的瘀水互结证,治疗关键应在活血化瘀的基础上加予利水之法,以促进水液代谢,消除急性充血、水肿,往往可收获良效。

本研究采用的中医整骨手法是笔者所在团队在临床实践中不断改良优化而成,治疗ACSR具有一定的疗效。操作开始前,最大程度放松颈肩部肌肉,为后续手法操作奠定基础。而后根据经筋理论,运用理筋手法松解浅层及深层肌肉,通过弹拨改善筋结等异常状态,达到缓解颈肩部、上肢放射痛及麻木感的目的^[19],再运用横向摆动松解病态的序列结构,改善骨性结构附着的韧带组织的张力及动力性失衡状态。针对棘突偏斜状态,纠正或改善椎体间细微位移,松解神经根及周围软组织粘连,改变椎间孔面积,从而调整颈椎各组织的应力分布^[20]。王旭等^[8]利用整脊手法结合塞来昔布胶囊治疗ACSR,总有效率可达92.5%;刘文金等^[21]研究发现清宫正骨手法结合针刺治疗ACSR,可明显控制炎症因子水平,改善颈椎功能及缓解疼痛。上述2项研究均说明中医整骨手法治疗ACSR具有可靠的疗效。

ACSR因神经根内水肿,局部炎症因子释放后,产生无菌性炎症,引发急性疼痛,中医整骨手法能快速解除压迫刺激,短期内可明显缓解疼痛,此为急治其标。笔者所在团队结合多年实践,针对外治法的局限,采用桃红四物汤合五苓散加减治疗,奏散瘀止痛、利水消肿之效,此为缓治其本。桃红四物汤中桃仁、红花功擅活血化瘀止痛,生地黄滋阴生津,当归补血活血,白芍养血敛阴、缓急止痛,川芎活血行气、通络止痛,纵观全方,体现活血化瘀、通经止痛之用。五苓散有利水渗湿、温阳化气之功,方中茯苓、猪苓、泽泻利水渗湿,白术健脾燥湿、益气固表,使脾运化有权,水湿不生;桂枝温阳化气、通阳行水。桃红四物汤合五苓散加减,可缓解瘀血停滞不通导致的疼痛,以及津液输布不畅引发的水湿停聚。

本研究将桃红四物汤合五苓散加减与中医整骨手法联用,从内调治改善气血失和、经脉不通、津液代谢障碍,从外调节筋骨失衡状态,达到内外共调、标本兼治的目的。本研究结果显示,经桃红四

物汤合五苓散加减联合中医整骨手法治疗的ACSR患者,其中医证候积分、疼痛程度及颈椎功能的改善均优于仅接受中医整骨手法治疗的患者。有研究表明,炎症因子TNF- α 、IL-6和IL-1 β 在ACSR的退变椎间盘的炎症反应前期呈高表达,被拮抗后,可以减轻疼痛程度,说明炎症反应在ACSR的发病过程中起重要作用^[22]。吴大伟等^[23]的研究结果也表明,芍药甘草汤能有效改善ACSR大鼠的感觉、运动功能,可能与减轻神经根局部炎症水肿,抑制局部IL-6、IL-33及TNF- α 相关炎症因子的表达有关。本研究结果显示,与单纯中医整骨手法治疗相比,桃红四物汤合五苓散加减联合中医整骨手法可更有效地降低血清IL-6、TNF- α 、IL-1 β 水平,减轻炎症反应。

血液流变学是反映人体微循环状态及正常血细胞功能的敏感指标^[24]。有研究发现,血液流变学异常是引发或加重颈椎病的主要原因之一^[25]。根据本研究结果可知,桃红四物汤合五苓散加减联合中医整骨手法治疗对血液流变学的改善作用优于单纯使用中医整骨手法治疗。

综上所述,桃红四物汤合五苓散加减联合中医整骨手法治疗气滞血瘀型ACSR可提高治疗效果,有效改善颈椎功能及缓解疼痛,作用机制可能与改善血液流变学,促进局部微循环,以及减轻炎症反应有关,且安全性良好。

[参考文献]

- [1] DIELEMAN J L, BARAL R, BIRGER M, et al. US spending on personal health care and public health, 1996–2013[J]. JAMA, 2016, 316(24): 2627–2646.
- [2] 程继嗣,关涛,李军,等. 神经根型颈椎病的诊断与中医药治疗进展[J]. 中国中医药现代远程教育, 2025, 23(7): 193–195.
- [3] 念其进,陈斌,王晓明. 桃红四物汤合五苓散治疗腰椎间盘突出症143例[J]. 海峡药学, 2015, 27(3): 156–158.
- [4] 杨春平,谷新星,戴静,等. 五苓散、桃红四物汤加减联合心理干预疗法治疗急性腰突的临床观察[J]. 心理月刊, 2021, 16(11): 51–52, 100.
- [5] 杨小瑞,曹林忠,胡康一,等. 手法治疗神经根型颈椎病的研究进展[J]. 中国中医急症, 2023, 32(3): 560–564.
- [6] 崔学军,姚敏. 颈椎病中西医结合诊疗专家共识[J]. 世界中医药, 2023, 18(7): 918–922.
- [7] 国家中医药管理局. ZY/T001.1~001.9-94 中医病证诊断疗效标准[S]. 南京:南京大学出版社, 1994: 182–185.
- [8] 王旭,高群兴,李冠彦. 整脊手法联合塞来昔布在急性期神经根

- 型颈椎病治疗中的应用[J]. 中国中医急症, 2023, 32(10): 1778-1781.
- [9] 郑筱萸. 中药新药临床研究指导原则(试行)[M]. 北京: 中国医药科技出版社, 2002: 346-347.
- [10] MELZACK R. The short-form McGill Pain Questionnaire[J]. Pain, 1987, 30(2): 191-197.
- [11] YOUNG B A, BOLAND D M, KOPPENHAVER S L, et al. Patient-Determined Important Change for the Neck Disability Index With Application of Credibility Analysis: An Exploratory Study[J]. J Manipulative Physiol Ther, 2024, 47(1): 77-84.
- [12] 李涵玥, 李旖旎, 向林妹, 等. 抗阻运动对神经根型颈椎病患者疼痛和功能影响的荟萃分析[J]. 中国组织工程研究, 2026, 30(4): 987-996.
- [13] 梁龙, 刘广伟, 于杰, 等. 神经根型颈椎病三维有限元建模的方法及验证[J]. 中国组织工程研究, 2026, 30(15): 3871-3877.
- [14] 张明才, 石印玉, 陈东煜, 等. 神经根型颈椎病患者颈神经根压迫性刺激因素的研究[J]. 上海中医药杂志, 2021, 55(1): 52-56.
- [15] 孟庆亮, 苏艳. 中药汤剂辨证施治神经根型颈椎病急性发作的疗效研究[J]. 内蒙古中医药, 2024, 43(8): 53-55.
- [16] 张杰, 胡闯北, 徐竞菲, 等. 顺势牵引联合定点旋提推突手法治疗急性期神经根型颈椎病临床观察[J]. 中国中医急症, 2025, 34(7): 1226-1229.
- [17] 王玮, 邱东升, 刘珈均, 等. 痧点放血结合针刺治疗气滞血瘀型神经根型颈椎病急性发作期: 随机对照试验[J]. 中国针灸, 2026, 46(1): 22-28.
- [18] 王智元, 郑晓涵, 杨旭霞, 等. 夹脊电针通过TLR4/NF- κ B信号通路干预神经根型颈椎病大鼠炎症机制的研究[J]. 中国中医急症, 2023, 32(11): 1916-1919, 1936.
- [19] 权祯, 张晓刚, 秦大平, 等. 基于中医“筋-经-骨”一体观探讨调筋正脊法治疗颈型颈椎病急性期的机制及治疗思考[J]. 辽宁中医杂志, 2020, 47(12): 77-80.
- [20] 童美萍, 王辉昊. 中医颈椎整骨手法的生物力学研究进展[J]. 中华中医药杂志, 2023, 38(3): 1176-1180.
- [21] 刘文金, 陈美君, 林凤华. 清宫正骨手法联合针刺治疗神经根型颈椎病急性期(气滞血瘀证)的疗效观察[J]. 中国中医急症, 2024, 33(8): 1420-1423.
- [22] 叶雅仙, 徐霖, 姚捷. 热敏灸结合针刺治疗急性期神经根型颈椎病的临床观察[J]. 中国中医急症, 2015, 24(6): 1091-1093.
- [23] 吴大伟, 何坚. 芍药甘草汤对急性期神经根型颈椎病大鼠炎症因子水平的影响[J]. 亚太传统医药, 2018, 14(12): 9-13.
- [24] 宋海瑞, 孙刚, 布尔古德, 等. 针灸治疗对神经根型颈椎病患者的疗效及炎症因子、氧化应激及血液流变学的影响[J]. 湖南师范大学学报(医学版), 2020, 17(6): 188-191.
- [25] 张延芳, 张木坤, 班兴敏, 等. 颈椎病患者血液流变学指标的异常特点[J]. 医用生物力学, 2001, 16(4): 244-246.
- [责任编辑: 刘迪成, 吴凌, 蒋维超(英文)]